

1937
—

THÈSE

N° 896

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François HÉRY

Né le 7 Mai 1911, à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord)

Résultats de l'Apicolyse
avec plombage dans le traitement
de la tuberculose pulmonaire

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1937
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François HÉRY

Né le 7 Mai 1911, à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord)

Résultats de l'Apicolyse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale }

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale }

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements }

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

Professeurs sans chaire }

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 BEZANCON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.
 BESANCON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK- Urologie.
 BRENTANO
 GASTINEL Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 CHEVALLIER . Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LIVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEOUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
FRILE		
CHARROL		
DONZELOT ...		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR		
VALLERY- RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR FRANÇOIS HERY

Médecin de l'Hôpital de Saint-Brieuc
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON FRERE

LE DOCTEUR JEAN HERY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose

Médecin de l'Hôpital Laënnec

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

En reconnaissance du grand hon-
neur qu'il m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. AMEUILLE

Médecin de l'Hôpital Cochin

En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour son enseigne-
ment.

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. HINAULT

Médecin-Assistant de l'Hôpital Cochin

Sentiments de profonde reconnaissance pour ses précieux conseils et son affectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE MONIET
Professeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Rennes
Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALPHONSE PELLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LE GAL LA SALLE

Témoignage de respectueuse affection
et de reconnaissance de leur
ancien interne.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABEL PELLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR PHILOUZE

A MESSIEURS LES COLLABORATEURS

DU DOCTEUR AMEUILLE :

MADAME DUBOIS-VERRIERE,

MM. KUDELSKI, LEJEARD, LEMOINE, CANETTI

A MONSIEUR RAYMOND CARLO

Externe des Hôpitaux de Paris

A MONSIEUR JEAN SICOT

Ingénieur des Arts et Manufactures

A MES CAMARADES ET AMIS

DE L'INTERNAT DE RENNES

A TOUS MES AMIS

RÉSULTATS DE L'APICOLYSE AVEC PLOMBAGE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

INTRODUCTION

S'il existait pour la tuberculose pulmonaire un traitement spécifique comme il en existe pour la syphilis, le paludisme et la diphtérie, on ne prônerait pas autant de remèdes et on n'aurait pas recours à tant de procédés chirurgicaux, qui ont tous eu leurs défenseurs, convaincus de l'efficacité de telle ou telle méthode.

Dans le domaine de la tuberculose pulmonaire, la difficulté est grande pour faire la part des guérisons spontanées et des guérisons thérapeutiques tant médicales que chirurgicales; c'est pourquoi il faut être très circonspect avant de vanter l'efficacité d'une méthode thérapeutique.

« Un médecin qui essaie un traitement et qui guérit ses malades est porté à croire que la guérison est due à son traitement.

« Souvent les médecins se vantent d'avoir guéri tous leurs malades par un remède qu'ils ont essayé, mais la première chose qu'il faudrait leur demander, ce serait s'ils ont essayé de ne rien faire car autrement comment savoir si c'est le remède ou la nature qui a guéri ». (Introduction à la *Médecine expérimentale*. Commentaires par Claude BERNARD d'une phrase de PINEL).

L'effet d'une thérapeutique est particulièrement difficile à contrôler pour la tuberculose pulmonaire, car il est bien certain que les guérisons spontanées sont assez fréquentes.

Ce sont des poussées aiguës aux signes cliniques et radiologiques certains, qui s'arrêtent, puis régressent spontanément; ce sont des formes torpides qui restent stationnaires des années et se cicatrisent sans traitement; ce sont même des cavités qui se ferment d'elles-mêmes.

Les collapsus chirurgicaux ne sont pas à l'abri de ces règles générales; d'où la nécessité d'une grande prudence avant d'en prôner l'efficacité.

CHHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'apicolyse avec plombage n'est pas une opération nouvelle, puisque dès 1891, TUFFIER a décrit et pratiqué le décollement pleuro-pariétal chez un tuberculeux pulmonaire et qu'il en a publié en 1926, 57 observations personnelles.

C'est à lui que revient donc la paternité de cette méthode.

Abandonnée pendant plusieurs années, cette méthode reparut à l'étranger, notamment en Allemagne et en Hongrie. Les variantes de la méthode portaient surtout sur le choix de la substance destinée à combler la cavité après pneumolyse.

En effet, en 1912, TUFFIER avait constaté que l'affaissement du sommet était un résultat insuffisant, le pneumothorax extra-pleural ainsi créé n'avait qu'une existence éphémère. Il fallait, en le comblant, le transformer en un agent de collapsothérapie permanent. TUFFIER s'est servi successivement de greffes graisseuses, de paraffine, de greffes épiploïques et de fragments de lipomes.

En 1907, SCHLANGE avait proposé l'emploi de gaze iodoformée.

JESSEN s'est servi d'un mélange de cire et de vaseline.

En 1913, BAER a proposé l'emploi d'un mélange opa-

que aux rayons X composé de paraffine et de carbonate de bismuth.

En 1920, MM. DUMAREST et ROUGY décrivent la technique la plus habituelle de l'apicolyse avec plombage paraffiné.

Au cours d'une enquête en Autriche et en Hongrie, MM. DUMAREST et ROUGY avaient pu examiner de nombreux malades dans les services de MM. NEUMANN à Vienne, VIDA KOVITZ à Szeged et WINTERNITZ à Budapest et ils avaient pu se rendre compte que l'apicolyse avec plombage paraffiné par voie postérieure, technique utilisée dans ces deux pays, semblait donner des résultats satisfaisants.

En effet, la technique avait de réels avantages sur les précédentes. Les suites immédiates étaient simples et les résultats semblaient bons, puisque la seule statistique de WINTERNITZ comportait après 6 mois :

- 36 % de résultats excellents,
- 28 % d'améliorations,
- 36 % de plombages inefficaces.

Depuis 1930, la technique a subi diverses variantes. On a beaucoup utilisé le plombage paraffiné.

MM. BERNOU et FRUCHAUD ont rapporté une statistique de 32 apicolyses avec plombage à la paraffine, faites par voie postérieure.

MM. COURCOUX, SOUPAULT, BIDERMAN, ALIBERT et MERY en ont rapporté 38 cas.

Nous n'avons en vue ici que l'apicolyse avec plombage, dans laquelle on ne peut rapprocher l'apicolyse proposée par MAURER qui est une apicolyse sans plombage, véritable thoracoplastie partielle du sommet.

On a proposé pour remplacer le plombage paraffiné d'autres produits tels que l'éponge et le caoutchouc.

Partant de l'idée des petits sacs de caoutchouc, que ROUX-BERGER préconisait autrefois pour les abcès diffus du poumon, MONOD en 1933 proposa à la place de

la masse de plombage l'introduction de petits sacs caoutchoutés permettant d'entretenir un pneumothorax extra-pleural. La technique opératoire était la même, mais au lieu de la masse de plombage habituelle, on introduisait dans la cavité des ballonnets et on les gonflait une fois mis en place.

La diversité des substances employées montre qu'aucune d'elles n'a donné pleinement satisfaction; les statistiques sont peu nombreuses et souvent faites sans un temps de recul suffisant; elles ne sont jamais très favorables, mais on conclut généralement dans une note moyenne :

« Le plombage peut rendre service dans nombre de cas limités à condition que les indications soient bien posées chez les malades dont l'état ne permet pas de tenter une thoracoplastie ».

Quelques auteurs, et ROLLAND en particulier, ont combattu cette façon de voir, en refusant de garder l'apicolyse avec plombage dans la thérapeutique antituberculeuse.

Mais, en général, on reconnaît au plombage le droit de subsister. Examinons à l'aide de nos observations ce qu'il faut en penser et quelle place on doit réserver à cette opération dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE II

LA BALATA

Nous avons été frappé des accidents de l'apicolyse, et nos insuccès avec les différentes masses de plombage, paraffine, caoutchouc mousse, ballonnet, nous avaient amené à faire des essais avec de nouvelles substances.

Nous nous étions arrêté à la balata, qui nous avait paru susceptible de remplacer avantageusement les masses de plombage précédemment employées.

La balata est obtenue par coagulation du latex de balata, arbre très abondant dans les forêts septentrionales de l'Amérique du Sud, sous les divers noms de balata rouge, balata franc, bullet-tree (Guyane), purgo (Vénézuéla), etc. Cet arbre est le *Mimusops balata* ou *Mimusops globosa* (sapotacées ou mimosées); atteignant une hauteur de 30 mètres et un diamètre de 1 m. 30, il présente un tronc lisse très long (15 à 20 mètres), dans lequel sont pratiquées des incisions.

Le latex de balata est épais, blanc rosé, virant au brun à l'air, de densité voisine de 1, assez stable, coagulable par les acides ou l'alcool. Cette dernière coagulation permet, d'après MORISSE, d'obtenir une balata blonde contenant peu de résines et se conservant très bien.

Le latex renferme de 50 à 70 % de gomme balata. D'après HAUSER, il contient deux types de particules : les plus grosses de diamètre 0,5 à 3,5 μ , sont plastiques

et peu coagulables (résine) et les plus petites, de diamètre nettement inférieur, plus faible que $0,5 \mu$, ont un intérieur visqueux, mais sont élastiques en surface. Elles sont coagulables et se solidifient facilement : c'est l'hydrocarbure balata.

La composition est très variable suivant les origines. La balata feuille contient environ :

40 à 45 % d'hydrocarbure ($C^{58}H^{98}$)ⁿ.

36 à 43 % de résines (albane, fluavile).

8 à 14 % d'impuretés.

1 à 6 % d'eau.

Mais dans la balata bloc, le pourcentage d'hydrocarbure est plus faible; la proportion des résines est du même ordre que celle de l'hydrocarbure, le reste étant composé d'impuretés et d'eau (la perte au lavage du coquirana de bonne qualité atteint 35 %).

Les résines, les mêmes que celles de la gutta de Malaisie, sont surtout l'albane et, en moindre quantité, la fluavile. Elles sont solubles dans les pétroles à points d'ébullition élevés.

L'albane est blanche, cristalline, fusible vers 160° , soluble à chaud dans la benzine, le sulfure de carbone, etc. Sa formule serait en C^{20} .

La fluavile est jaunâtre, diaphane, cassante à 0° , se ramollissant à 50° et fluide à 100° , soluble dans l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, etc. La résinification de la balata augmente le pourcentage de fluavile.

Dans les résines de balata de Surinam, on aurait isolé trois substances cristallines : acétate d'isolupéol, acétate d'amyryn et acétate d'un nouvel alcool dit balatol.

La densité de la balata est de 0,95 à 0,97.

THERMOPLASTICITÉ. — La balata se ramollit sous l'action de la chaleur. A 50° la plasticité est plus faible que celle de la gutta, mais la résinification en est moindre.

La qualité Surinam se ramollit moins, alors que l'Iquitos devient huileuse si la température atteint 50°.

La balata, bien que thermoplastique, possède néanmoins quelque élasticité.

SOLUBILITÉ. — Très soluble dans le sulfure et le tétrachlorure de carbone, la balata est soluble à chaud dans les benzène, toluène, xylène, le chloroforme, l'éther, l'essence de térébenthine.

Elle est insoluble dans l'alcool, l'acétone, l'éther de pétrole.

La balata est employée dans différentes industries : balles de golf, câbles, emplâtres; elle est aussi employée sous forme de ruban adhésif en médecine.

CHAPITRE III

TECHNIQUE

Pour quelques interventions, nous avons employé l'anesthésie générale, mais dans la plupart des cas, nous avons employé l'anesthésie à l'Évipan.

La technique est simple :

Résection de la 3^e côte en arrière sur 3 à 5 cm.

Décollement de la plèvre au doigt. Le doigt passe entre le fascia et la plèvre; décollement du sommet et des versants, décollement en général facile sauf pour le versant interne; ce décollement doit être exceptionnellement doux; il ne doit jamais être une manœuvre de force.

Le décollement est plus ou moins poussé suivant l'affaissement désiré d'après le cliché radiologique pré-opératoire, et aussi suivant les possibilités.

Ce décollement provoque une légère hémorragie qui se tarit rapidement par simple tamponnement.

La cavité étant préparée, on introduit la balata stérile, pâte noirâtre, chaude, étalée sur une plaque métallique où on la découpe au bistouri en lanières de 2 ou 3 travers de doigt. Le poids de balata varie selon les cas. Nous avons mis en moyenne 150 à 160 grammes de balata par malade.

Les lanières étant introduites dans l'espace préparé par le décollement manuel, on tasse à la main et à la cuiller de Lambott; on ne draine pas et on ferme en 3 plans avec suture de la peau aux crins.

OBSERVATIONS

Parmi les observations d'apicolyse, nous en rapportons 25 dont les malades ont pu être suivis soit par le Service Social, soit dans des consultations périodiques, permettant ainsi d'apprécier les résultats thérapeutiques de l'apicolyse avec plombage.

OBS. I. — BEN... Fernande, 22 ans.

Début en janvier 1930.

Bacilloscopie positive.

Infiltration de tout le lobe supérieur gauche avec image cavitare Tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel gauche. Traitement aurothérapique. Aucune amélioration. Phrénicectomie en février 1931 sans résultat.

En avril 1931 : Apicolyse.

Résection de la 3^e côte.

Large décollement.

Introduction de paraffine.

Suites opératoires normales.

A partir d'avril 1931, l'état général, après s'être amélioré est resté excellent. De très nombreux examens de crachats pratiqués périodiquement ont toujours été négatifs.

En 1935, la malade a accouché d'un enfant vivant, bien portant. Aucun réveil de tuberculose, ni pendant ni après sa grossesse.

Actuellement la malade mène une vie normale, sa

santé reste excellente et les derniers examens de crachats sont négatifs.

OBS. II. — Mr... Odette, 21 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit.

Début en mars 1932.

Traitement par la crisalbine.

En mars 1933 : Phrénicectomie.

Aucune amélioration.

En juin 1933 : Consulte à l'hôpital Cochin.

Image ulcéro-nodulaire du sommet droit.

On fait plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax.

Réaction liquidienne.

Le 22 juillet 1933 : Apicolyse avec ballon.

Réaction liquidienne.

Le 12 septembre 1933 : Drainage et ablation du ballon.

Le 17 octobre 1933 : Plombage à la paraffine.

Amélioration.

La malade devient apyrétique, tousse et crache peu.

L'état général s'améliore.

En novembre 1934 : Réapparition des bacilles dans les crachats.

L'expectoration est abondante.

L'état général s'altère.

Le 22 décembre 1934 : Thoracoplastie.

Depuis cette date, l'état général s'est considérablement amélioré. Les examens de crachats restent négatifs.

La malade a repris sa vie normale.

OBS. III. — PA... Jeanne, 46 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit.

Début en février 1932, crachats hémoptoïques, amaigrissement, toux, expectoration bacillifère.

Traitement par la crisalbine.

En juillet 1933, consulte à l'hôpital Cochin.

Expectoration bacillifère.

Radiologiquement : caverne du lobe supérieur droit.

Tentatives infructueuses de pneumothorax.

Aurothérapie.

Aucune amélioration.

Le 21 octobre 1933, apicolyse droite.

Anesthésie générale.

Réssection de la 4^e côte sur 4 à 5 cm.

Décollement extra-pleural de tout le sommet et introduction d'une masse de 180 gr. de balata.

Fermeture sans drainage.

Bonnes suites opératoires.

Légère amélioration, mais l'expectoration reste bacillifère.

En janvier 1934, apparition au niveau de la cicatrice opératoire d'une tuméfaction douloureuse.

8 jours après, s'écoule de cette tuméfaction un liquide d'abord clair, puis purulent.

Le 27 février 1934, syndrome de perforation pulmonaire.

Thoracoplastie des six premières côtes.

L'état général s'altère rapidement; la malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Décès en juillet 1934.

OBS. IV. — GA... Charlotte, 24 ans.

Tuberculose ulcéreuse du sommet droit.

Début en 1931 : amaigrissement, toux, expectoration abondante; présence de bacilles dans les crachats

Radiologiquement : caverne apicale droite.

Séjour en sanatorium de début 1932 au 17 mars 1933.

A sa sortie du sanatorium, la malade est toujours bacillifère.

L'état général ne s'améliore pas; l'amaigrissement continue.

En octobre et novembre 1933 : tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel.

23 janvier 1934 : apicolyse par le Dr Gérard MARCHAND.

Anesthésie générale.

Résection de la partie postérieure de la 3^e côte sur 4 cm.

Décollement progressif au doigt, décollement facile.

Introduction de 150 gr. de balata.

Fermeture de la paroi en 2 plans.

Suites opératoires excellentes.

Dans les jours qui suivent l'apicolyse, amélioration très nette.

Reprise de l'appétit et du poids.

Les examens de crachats deviennent négatifs.

Ils le sont restés depuis.

La malade est suivie périodiquement; elle a repris sa vie normale. Son état de santé demeure excellent.

OBS. V. — HELI... Louise, 30 ans.

Début le 2 octobre 1934 par une petite hémoptysie.

La malade se plaint d'une douleur inter-scapulo-vertébrale droite, la malade tousse et crache peu.

Radiologiquement, caverne du sommet droit.

Bacilloscopie positive.

En octobre et en novembre 1934, tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel droit.

Le 8 février 1935, apicolyse droite.

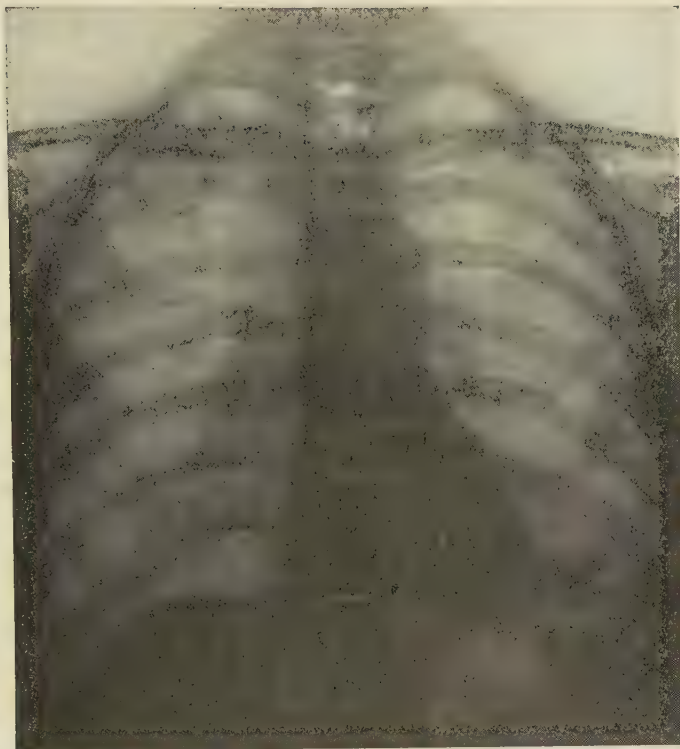


FIG. 1. — Tuberculose cavitaire du lobe supérieur droit.

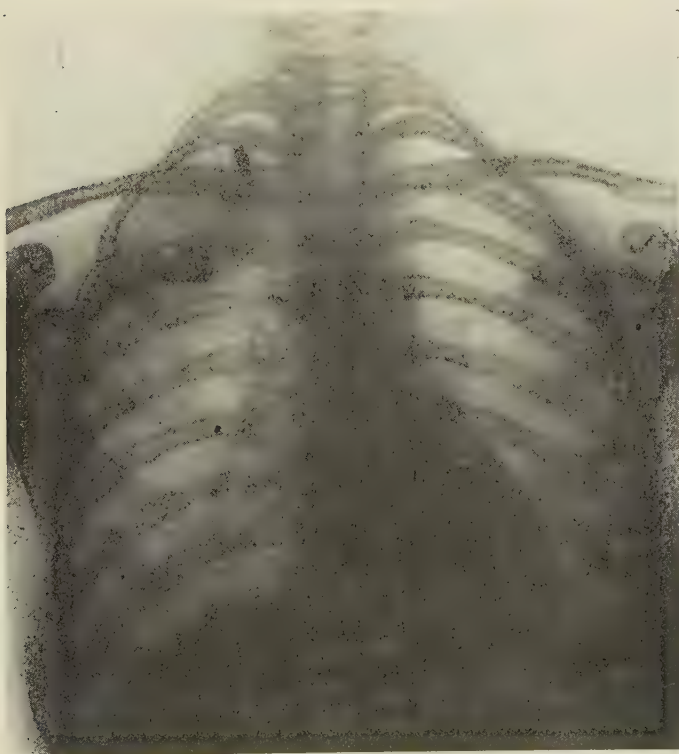


FIG. 2. — Apicolyse avec plombage à la Balata.

Incision postérieure inter-scapulo-vertébrale.

Dénudement de la 3^e côte et résection sur 5 cm. environ.

Décollement au doigt.

Introduction de 150 gr. de balata.

Suture complète.

L'examen des crachats reste positif jusqu'au 20 mars 1935. A cette date on ne trouve plus de bacilles dans les crachats.

La malade quitte l'hôpital le 23 mars 1935 en excellent état. Elle a été suivie par le dispensaire. Les examens de crachats restent négatifs. L'état général reste bon, la malade a repris sa vie normale.

OBS. VI. — BERG... Jeanne, 28 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du sommet droit.

Début en mai 1932; diagnostic porté : lobite supérieure droite excavée au sommet.

Bacilloscopie positive.

29 juillet 1932 : création d'un pneumothorax droit. Crisalbine 3 gr. 50 interrompue pour intolérance hépatique.

Octobre 1932 : réaction liquidienne importante qui se résorbe spontanément.

Janvier 1933 à mars 1935 : entretien régulier du pneumothorax.

Examen de crachats négatif; très nette amélioration de l'état général.

Mars 1935 : incident grippal; présence de B. K. dans les crachats.

Interruption du pneumothorax.

Le 15 avril 1935 : apicolyse.

Anesthésie générale.

Résection de 3 cm. de la partie postérieure de la 3^e côte.

Décollement facile.

Introduction dans la cavité de 120 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

26 avril 1935 : sort de l'hôpital, très améliorée; bon état général, apyrétique, bacilloscopies négatives.

L'amélioration continue jusqu'en juillet 1935; à partir de cette date, réapparition dans les crachats des B. K., la malade refuse d'être hospitalisée; l'état général va en déclinant.

Décès en octobre 1935.

OBS. VII. — Co... Thérèse, 20 ans.

En février 1931 : tuberculose ulcéro-nodulaire du sommet gauche.

A l'hôpital Saint-Antoine on crée un pneumothorax artificiel gauche qu'on abandonne en septembre 1934, la malade étant considérée comme guérie.

Au début de mars 1935 : fatigue générale intense, amaigrissement, sueurs nocturnes abondantes.

Le 13 mars 1935 : crachats hémoptoïques.

Consulte à l'hôpital Cochin : tuberculose ulcéro-cavitaire du sommet droit.

En avril 1935 : plusieurs tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel droit.

En avril et mai 1935, traitement au gluconate de calcium.

L'état général s'améliore, mais les examens de crachats montrent la présence de nombreux bacilles à l'examen direct.

Le 26 juin 1935 : apicolyse droite par M. GÉRARD-MARCHAND.

Technique habituelle, décollement facile.

Introduction de 160 gr. de balata.

Pendant 8 à 10 jours l'état général reste médiocre.

La fièvre revient à 37°, l'état général finit par

s'améliorer, la malade sort le 15 août 1935, toujours bacillifère.

En février 1936 et en janvier 1937 la malade a fait deux nouveaux séjours à l'hôpital pour des épisodes fébriles.

La malade est suivie par le Dispensaire. L'état général reste stationnaire et l'examen de crachats montre toujours de nombreux bacilles à l'examen direct.

OBS. VIII. — BAR... Eug., 34 ans, coiffeuse.

Tuberculose ulcéreuse du lobe supérieur droit.

Début en janvier 1933 par un épisode pulmonaire aigu.

Présence de bacilles dans les crachats.

Décembre 1933 : tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel à droite.

Aurothérapie de mars 1934 au 17 juillet 1935; à cette date aucune amélioration des signes cliniques et radiologiques.

Bacilloscopie toujours positive.

2 août 1935 : apicolyse du sommet droit avec plombage par M. GÉRARD-MARCHAND.

Anesthésie générale.

Résection en arrière de la troisième côte.

Décollement extra-pleural jusqu'au plan horizontal passant par la quatrième côte.

Introduction de 100 gr. de balata.

Amélioration.

Bon état général; reprise de 3 kg.

Le malade a pu reprendre son travail.

Ne tousse pas.

Crache peu.

Bacilloscopie négative.

Cette amélioration nette continue jusqu'à août 1936. Deuxième séjour à l'hôpital en août 1936 pour py-

rexie aiguë avec anémie importante. La malade quitte l'hôpital brusquement l'après-midi du 13 septembre sur sa demande.

28 septembre 1936. — La malade revient dans le service et, le 1^{er} octobre, elle est passée en chirurgie où on pratique un drainage rapide par la voie de son apicolyse. Le drainage ramène du pus en abondance.

28 octobre 1936. — Déplombage par M. WILMOTH; intervention bien supportée; température à 38°5.

9 novembre 1936. — Au cours d'un pansement, découverte d'une fistule bronchique.

25 novembre 1936. — Fistule œsophagienne.

14 décembre 1936. — Gastrostomie par M. WILMOTH; dans les jours suivants, la température monte, la malade se cachectise et meurt le 23 décembre 1936.

OBS. IX. — TAM... Ray., 31 ans.

En février 1926, hémoptysie d'abondance moyenne.
Tuberculose cavitaire du sommet droit.

Pneumothorax artificiel droit; pneumothorax partiel entretenu régulièrement jusqu'en avril 1928.

Pneumothorax abandonné à ce moment pour symphyse spontanée.

A partir de 1927 les examens de crachats ont toujours été négatifs et l'état général de la malade est allé en s'améliorant, lui permettant de reprendre sa vie normale.

Le 10 octobre 1935, hémoptysie.

Toux fréquente, expectoration abondante.

Présence de B. K. à l'examen direct.

Tentatives infructueuses de pneumothorax.

Image cavitaire du sommet droit.

Le 28 octobre 1935. — Apicolyse du sommet droit par le Docteur GÉRARD-MARCHANT.

Résection de 2 cm. de la troisième côte, décollement poussé jusqu'au plan horizontal passant par la 4^e côte.

Introduction de 160 grammes de balata.

Suites opératoires normales.

Amélioration nette : bon état général.

Disparition de l'expectoration, reprise de poids.

L'amélioration persiste jusqu'en septembre 1936.

Le 10 septembre 1936. — La malade vient consulter, fatigue intense, crachats hémoptoïques montrant la présence de nombreux bacilles à l'examen direct. Douleurs vives à l'épaule droite.

Hospitalisée, l'état reste stationnaire.

Amaigrissement rapide, la douleur de l'épaule persiste.

Le 23 décembre 1936. — Déplombage. Premier temps de thoracoplastie.

Résection des 3^e, 4^e et 5^e côtes.

Autour de la masse de plombage existe une petite collection purulente.

Le 16 février 1937. — Deuxième temps de thoracoplastie.

Depuis cette date il persiste un écoulement au niveau de la plaie opératoire, mais l'état général s'est considérablement amélioré et depuis la thoracoplastie les examens de crachats ont été négatifs.

OBS. X. — HER... Louise, 30 ans.

Tuberculose ulcéreuse du sommet droit.

En août 1935, la maade, enceinte de deux mois, présente une hémoptysie avec température à 38°5.

A partir de ce moment la malade maigrit, mais ne consulte que fin octobre.

Signes cliniques et radiologiques de tuberculose ulcéreuse du sommet droit.

Bacilloscopie positive.

Novembre 1935. — Plusieurs tentatives de pneumothorax échouent.

20 novembre 1935. — Apicolyse du sommet droit.

Anesthésie à l'évipan.

Résection de la 4^e côte. Décollement.

Introduction de 130 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

La malade rentre chez elle le 25 décembre 1935, nettement améliorée, apyrétique, non bacillifère, se plaignant seulement de légères douleurs au niveau de la cicatrice de l'intervention.

10 février 1936. — La malade revient dans le service, très fatiguée.

Elle a accouché le 5 février d'un enfant mort au 8^e mois.

Toux fréquente; expectoration abondante.

La radiographie montre un affaissement du sommet.

On insuffle la poche apicale, mais à la 3^e insufflation, la pression initiale et la pression terminale sont égales.

On injecte 10 cmc. de lipiodol et immédiatement la malade ressent dans la bouche un goût très désagréable.

Les jours suivants, hémoptysies à répétition; l'état général va en s'altérant.

19 mars 1936. — La malade meurt.

A l'autopsie, la plèvre se décolle assez bien à la base droite, mais à la partie moyenne et au sommet, impossibilité complète de décoller le poumon et la plèvre de la paroi; on est obligé de sectionner aux ciseaux; on trouve une volumineuse cavité présentant : une partie apicale et une seconde cavité plus basse et plus antérieure contenant la plombe.

OBS. XI. — BAG... Jos., 49 ans.

En 1911, castration pour tuberculose génitale.

En 1925, mal de Pott lombaire guéri après 10 mois de plâtre.

Août 1935, — A l'occasion d'une crise d'asthme, découverte de la tuberculose pulmonaire.

Bacilloscopie positive.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du sommet droit.

Novembre 1935. — Tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel.

15 décembre 1935. — Apicolysse du sommet droit.

Anesthésie à l'évipan.

Résection par voie postérieure de 3 cm. de la 3^e côte.

Décollement extra-pleural jusqu'au plan horizontal passant par la 4^e côte.

Introduction de 125 gr. de balata.

Bonnes suites opératoires.

Amélioration très nette.

Bacilloscopie négative.

De mars à juin 1936. — Séjour en sanatorimu.

Le malade est suivi par des consultations périodiques. Les derniers examens ont montré une amélioration persistante. Il reste apyrétique, non bacillifère avec un état général sensiblement stable.

OBS. XII. — LEF... André, 34 ans.

Début en juillet 1931.

Tuberculose ulcéro-cavitaire du lobe supérieur droit.

En novembre 1931. — A l'hôpital Laënnec, création d'un pneumothorax droit.

Décollement partiel.

Entretien du pneumothorax jusqu'au 20 décembre 1932.

Abandonné pour symphyse progressive.

Le 26 mai 1932. — Le malade rentre en sanatorium et à part un mois et demi passé chez ses parents, il séjourne en sanatorium jusqu'en mai 1935. Il en sort à cette date amélioré au point de vue général, mais toujours bacillifère. Il reste à Paris sans travailler jusqu'au 15 décembre 1935, date à laquelle une hémoptysie le fait consulter et entrer à l'hôpital Cochin.

Radiologiquement : image cavitaire du sommet droit.

On essaie en vain de reprendre le pneumothorax droit.

Le 25 décembre 1935. — Apicolyse droite par le Docteur GÉRARD-MARCHANT.

Anesthésie à l'évipan.

Résection de la 3^e côte.

Décollement au doigt.

Introduction de 150 gr. de balata.

Les suites opératoires sont excellentes.

La température après un léger crochet le 3^e jour revient rapidement à la normale.

La plaie se cicatrise rapidement.

L'état général va en s'améliorant.

Le malade quitte le service le 16 mars 1936 en excellent état.

Apyrétique, ayant repris depuis l'intervention 7 kilogs.

Les examens de crachats sont tous négatifs avant et après homogénéisation.

Actuellement le malade a repris sa vie normale. Son état de santé reste excellent et les différents examens restent négatifs.

OBS. XIII. — POISS... Marie, 23 ans.

Tuberculose ulcéreuse du lobe supérieur gauche.

Début en mars 1922. — Bacilloscopie positive.

Avril 1932. — Tentatives infructueuses de pneumothorax gauche; aurothérapie du 21 mars au 9 juillet 1932.

Juillet 1932 à août 1933. — Séjour en sanatorium.

Sans traitement pendant deux ans.

Septembre 1935. — Hospitalisation; mauvais état général. présence de bacilles à l'examen direct.

Radiologiquement : image cavitaire du sommet gauche.

La malade refuse une thoracoplastie.

31 décembre 1935. — *Apicolyse gauche*.

Anesthésie à l'évipan.

Résection de la 3^e côte.

Décollement facile jusqu'à l'horizontale passant par la 4^e côte.

Introduction de 160 gr. de balata.

Suites opératoires assez bonnes.

8 jours après l'intervention, la température monte, la malade est fatiguée; l'état général va en déclinant. La malade sort sur sa demande.

Décès le 30 janvier 1936.

OBS. XIV. — BUR... Pierre, 39 ans.

Le début de la maladie remonte à juillet 1933. A ce moment *tuberculose du sommet gauche*, légère dispersion nodulaire à droite. Le malade est envoyé au sanatorium.

Le 10 mars 1934. — Pneumothorax artificiel gauche, insufflé régulièrement jusqu'à février 1935. A cette date on abandonne le pneumothorax pour inefficacité. En effet, les crachats restent positifs et la cavité n'est pas collabée.

Le malade reste au sanatorium jusqu'à la fin de 1935.

Le 10 mars 1936. — *Apicolyse gauche*.

Anesthésie à l'évipan.

Technique habituelle.

Introduction de 130 gr. de balata.

Le 13 mars 1936. — La température est à 40°.

Apparition d'emphysème sous-cutané qui envahit le thorax, le cou, la paupière inférieure droite.

Le 21 mars 1936. — L'emphysème a considérablement diminué, mais au niveau de la plaie, lors des mouvements du malade on entend un sifflement particulièrement net quand le malade fait des efforts pour tousser.

La plaie suppure abondamment.

Le 24 mars 1936. — Des douleurs vives apparaissent sous-mamelonnaires gauches irradiant vers l'aisselle.

Le 6 avril 1936. — L'état général s'aggrave, le malade est délirant.

Les jours suivants, l'aggravation s'accroît.

Le malade sort de l'hôpital le 13 avril.

Décès le 16 avril.

OBS. XV. — GRA... Marcelle, 26 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur gauche.

Début en 1930. — Excavation apicale gauche traitée par aurothérapie pendant un an.

Sans traitement pendant 5 ans.

Janvier 1936. — Toux fréquente, expectoration abondante, anorexie.

Bacilloscopies positives.

Radiologiquement ulcération sous-claviculaire gauche.

Février 1936. — Tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel.

17 mars 1936. — *Apicolyse gauche.*

Anesthésie à l'évipan.

Résection de la 3^e côte.

Décollement poussé jusqu'à la 5^e côte en arrière, mais grosse adhérence au médiastin à la partie interne; on peut dépasser la 3^e côte.

Introduction de 105 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

Aucune amélioration; bacilloscopies toujours positives.

10 mai 1936. — Hémoptysie de peu d'abondance qui se renouvelle le 18 mai.

31 mai 1936. — Poussée thermique à 40°; les jours suivants, la température reste élevée; la malade est très fatiguée, cyanosée, dyspnéique.

Elle meurt le 9 juin 1936.

L'autopsie a montré une zone d'infarctus bien limitée, triangulaire du lobe supérieur du poumon droit.

OBS. XVI. — PIN. Yvonne, 21 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur gauche. — Dissémination nodulaire du sommet droit.
Début en 1934 (expectoration bacillifère).

Hospitalisation de 6 mois à l'Hôpital Lariboisière.

Essai de traitement par la crisalbine.

On arrête à la 4^e injection pour intolérance.

De juillet à septembre 1935. — Séjour au bord de la mer.

Octobre 1935. — Expectoration bacillifère.

Toux, amaigrissement.

Novembre 1935. — Diagnostic de grossesse.

Traitement au gluconate de calcium.

Décembre 1935. — Les examens radiologiques montrent l'extension de la caverne apicale gauche.

Janvier 1936. — Tentatives infructueuses de pneumothorax artificiel gauche.

24 janvier 1936. — Apicolyse gauche.

Anesthésie à l'évipan.

Résection sur 2 cm. de la 3^e côte.

Décollement facile jusqu'à l'horizontale passant par la 4^e côte.

Introduction de 180 gr. de balata.

Suites excellentes.

La malade ne tousse plus, crache peu et l'examen des crachats est négatif.

La malade accouche d'un enfant vivant.

Après l'accouchement, épisode fébrile et présence de quelques bacilles dans les crachats, mais rapidement la malade reprend du poids, devient apyrétique et les crachats ne montrent plus de bacilles.

7 octobre 1936. — La malade part pour Brévannes.

Avril 1937. — Présence de bacilles dans les crachats, confirmés par plusieurs examens directs. L'état général devient médiocre, et la malade sort du sanatorium malgré avis médical en mai 1937.

OBS. XVII. — No... W., 34 ans, boulanger.

20 décembre 1935. — Hémoptysie.

2 janvier 1936 — Hospitalisation; le malade tousse peu.

Expectoration peu abondante.

A maigri de 4 kg. en un mois.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit.

Nombreux bacilles à l'examen direct.

Plusieurs tentatives de pneumothorax échouent.

3 mars 1936. — Apicolyse faite par le Dr GÉRARD-MARCHAND.

Anesthésie à l'évipan.

Décollement difficile gêné par une bride venant du médiastin.

Introduction de 110 gr. de balata.

Le lendemain de l'intervention, la température atteint 38°9 et l'expectoration devient abondante.

Le septième jour, température à 37°5;

L'expectoration devient minime, mais l'examen direct des crachats révèle la présence de quelques bacilles.

4 avril 1936. — Le malade sort de l'hôpital sur sa demande. Apyrétique. Etat général satisfaisant, mais toujours bacillifère.

Le dernier examen date du 18 octobre 1937 : l'état général est moins bon et les bacilles sont toujours nombreux à l'examen direct des crachats.

OBS. XVIII. — GA... J., 30 ans.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit.

Début en 1933.

15 avril 1933. — Création d'un pneumothorax artificiel droit.

En 1934. — Départ en sanatorium où on juge le pneumothorax inefficace et on l'abandonne.

Traitement au myoral.

Début de 1936. — Revient.

Bacilloscopies toujours positives.

Assez bon état général.

Lésions ulcéro-nodulaires du sommet droit avec déviation du médiastin à droite.

Tendance rétractile très accentuée.

10 mars 1936. — Apicolyse par le Docteur GÉRARD-MARCHAND.

Réssection de la 3^e côte.

Décollement poussé jusqu'à la 4^e côte; décollement facile.

Introduction de 100 gr. de balata.

Sort en état satisfaisant.

L'examen des crachats révèle toujours la présence de nombreux bacilles à l'examen direct.

Les derniers examens sont toujours positifs.
L'état général est moins satisfaisant.

OBS. XIX. — RIC... Christiane, 26 ans.

Tuberculose pulmonaire du lobe supérieur droit.

Début en novembre 1935 :

Toux, amaigrissement, expectoration bacillifère.

Radiologiquement, condensation pulmonaire du lobe supérieur droit, condensation triangulaire à base axillaire, pas de cavité visible.

En décembre et janvier 1936. — Tentatives infructueuses de pneumothorax.

Jusqu'à la fin de mars 1936, traitement général.

Le 7 avril 1936. — Apicolyse droite.

Anesthésie à l'évipan.

Résection de la 3^e côte, décollement jusqu'à la 4^e côte.

Introduction de 230 gr. de balata.

Bonnes suites opératoires.

L'état général s'améliore rapidement.

La malade sort le 12 mai 1936, très améliorée.

Les différents examens de crachats restent négatifs.

La malade a repris son travail. Elle est restée non bacillifère jusqu'en août 1937 où l'examen des crachats a montré la présence de quelques bacilles. Le dernier examen du 20 octobre 1937 a montré la présence de bacilles à l'examen direct.

OBS. XX. — MA... Julia.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit
diagnostiquée en août 1935.

Pneumothorax inefficace.

Avril 1936. — Revient dans le service.

Toux fréquente. Expectoration abondante.

Lésions ulcéro-nodulaires du sommet droit.

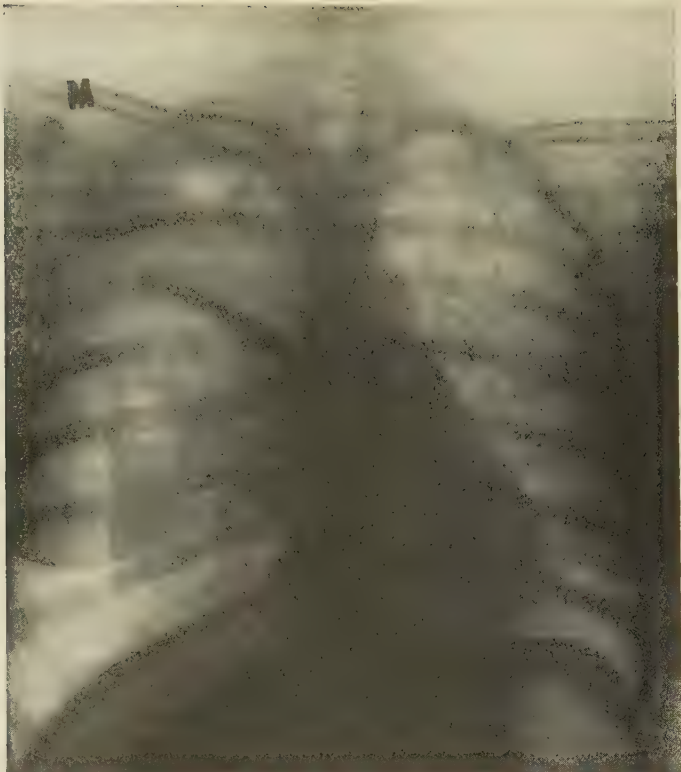


FIG. 1. — Tuberculose cavitaire du lobe supérieur droit.
Pneumothorax inefficace.



FIG. 2. — Apicolyse avec plombage à la Balata.

Bacilloscopies positives à l'examen direct.
15 avril 1936. — Apicolypse à droite.
Anesthésie à l'évipan.
Résection de la 3^e côte.
Décollement jusqu'à la 4^e côte, très poussé en dedans.
Introduction de 190 gr. de balata.
Suites opératoires excellentes.
Amélioration nette : toux moins fréquente.
Expectoration peu abondante.
Reprise de l'appétit.
Bacilloscopies négatives jusqu'au 23 juillet 1936.
A partir de cette époque, nombreux bacilles à l'examen direct. L'état général va en s'aggravant.
Décès.

OBS. XXI. — MA... Georges, 34 ans.
Début de la maladie en 1926.
Pneumothorax artificiel droit insufflé pendant 7 mois, puis transformé en oléo-thorax entretenu pendant 5 ans.
Pendant ces 5 années le malade a repris son travail et consulte périodiquement. Mais en 1933 et 34 il néglige son oléo-thorax et ne consulte pas.
En avril 1935. — Fatigue générale, toux fréquente, expectoration abondante, nombreux bacilles dans les crachats à l'examen direct.
Radiologiquement : lésion ulcéreuse du sommet gauche.
Traitement au myoral.
Poussées évolutives en décembre 1935.
Plusieurs tentatives de pneumothorax artificiel gauche échouent.
Le 24 avril 1936. — Apicolypse gauche.
Technique habituelle.
Introduction de 160 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

L'état général s'améliore, mais le malade sort de l'hôpital toujours bacillifère.

Depuis avril 1936. le malade a fait des épisodes fébriles qui influencent son état général qui dans l'ensemble reste stationnaire, mais les bacilloscopies périodiques demeurent positives.

OBS. XX. — TUR... Denise, 22 ans.

Sténo-dactylographe.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du lobe supérieur droit.

En 1932, début par quelques crachats hémoptoïques survenus après une période d'amaigrissement et de fatigue.

On diagnostique une petite lésion du sommet droit et la malade va se reposer à la campagne.

Juillet 1934. — La malade reprend son travail.

Décembre 1934. — Episode fébrile et repos jusqu'en mai 1935, époque à laquelle la malade reprend sa vie normale.

Avril 1936. — Fatigue intense, anorexie, amaigrissement.

Radiologiquement : lésion ulcéreuse du lobe supérieur droit.

Bactériologiquement : présence de nombreux bacilles à l'examen direct.

Tentatives infructueuses de pneumothorax.

15 mai 1936. — Apicolyse par le Docteur GÉRARD-MARCHAND.

Technique habituelle.

Introduction de 170 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

5 juin 1936. — La température monte à 38°5.

12 juin 1936. — Elle atteint 39°.

15 juin 1936. — Une légère tuméfaction apparaît au niveau de la cicatrice qui est rouge, chaude, douloureuse.

20 juin 1936. — Ouverture de l'abcès.

Suppuration abondante jusqu'à la fin de juillet.

15 août 1936. — La suppuration est tarie, la malade quitte l'hôpital. L'état général est amélioré, mais les examens de crachats restent positifs.

Depuis cette époque, l'état général s'est altéré; la malade est toujours bacillifère et le pronostic est sombre.

OBS. XXIII. — BER... Lé., 40 ans

Début de la maladie en 1924 par une hémoptysie. A ce moment la radiographie n'aurait pas montré de lésion.

En 1929. — Pleurésie droite avec température élevée; expectoration abondante.

Octobre 1932. — Fatigue intense, toux fréquente, expectoration abondante.

Anorexie, température vespérale.

Malgré ces troubles, la malade continue à travailler jusqu'en juin 1933, date à laquelle elle entre à l'hôpital.

Tuberculose ulcéro-nodulaire du sommet droit.

Bacilles à l'examen direct.

On crée un pneumothorax qu'on abandonne, étant inefficace.

Série d'injections de myochrisine.

Octobre 1933. — Départ pour le sanatorium d'Angicourt.

Mars 1935. — Sort du sanatorium, améliorée.

Est suivie au dispensaire.

L'examen des crachats montre toujours de nombreux bacilles à l'examen direct.

18 mai 1936. — La malade entre à nouveau dans le service.

2 juin 1936. — Apicolyse avec plombage à la balata par le Docteur GÉRARD-MARCHAND, suivant la technique habituelle.

Les jours suivants, bonnes suites opératoires.

Bonne et rapide cicatrisation.

Température à 37°5.

La malade tousse et crache beaucoup plus qu'avant l'intervention.

A partir du 10 juin 1936. — Température entre 37°5 et 38° avec poussée à 39°.

La toux persiste, les crachats sont abondants et on y trouve de nombreux bacilles à l'examen direct.

L'état général va en s'aggravant.

24 juillet 1936. — Passage en chirurgie.

Ablation de la plombe et thoracoplastie.

Décès le 29 juillet 1936.

OBS. XXIV. — DEL... Marthe, 35 ans, couturière.

Tuberculose ulcéreuse et nodulaire du lobe supérieur droit.

Début probable en janvier 1934 par un épisode grip-pal avec asthénie, toux et expectoration abondante.

Depuis cette époque, la malade a des sueurs nocturnes; elle tousse et crache périodiquement et elle a maigri de 6 kg. en 18 mois.

12 avril 1935. — Entre dans le service.

Etat général médiocre.

Radiologiquement : lésions cavitaires du sommet droit.

Plusieurs tentatives de pneumothorax artificiel à droite échouent.

17 mai 1935. — Apicolyse.

Anesthésie générale.

Résection de 2 cm. de la 3^e côte.

Décollement extra-pleural au doigt jusqu'à un plan horizontal passant par la 4^e côte.

Introduction de 200 gr. de balata.

Suites opératoires normales.

6 semaines après son apicolyse, état général excellent : reprise de poids.

Bacilloscopies négatives.

Août 1935. — Part en sanatorium.

Apyrétique, bon état général et non bacillifère.

Mars 1936. — Episode fébrile.

Apparition de quelques bacilles dans les crachats.

Depuis ce moment, l'état est stationnaire et les bacilloscopies montrent la présence de quelques bacilles dans les crachats.

OBS. XXV. — Mo... Mat., 41 ans.

Lésions ulcéreuses du sommet droit.

Début en novembre 1935.

Asthénie, amaigrissement, expectoration de moyenne abondance.

23 novembre. — Bacilloscopies positives.

Radiologiquement : image cavitaire du sommet droit.

Janvier 1936. — Tentatives infructueuses de pneumothorax droit.

8 mars 1936. — Apicolyse avec plombage à la balata.

Les suites de l'intervention ont été excellentes.

Le malade sort le 8 avril 1936, apyrétique, non bacillifère.

Depuis son apicolyse, la santé du malade s'est considérablement améliorée, lui permettant de reprendre son travail.

Les différents examens de crachats sont restés négatifs et le malade est suivi périodiquement par le service social.

Dans les 25 cas rapportés, nous trouvons 6 améliorations datant de 2 à 6 ans; il semble que pour la plupart d'entre elles, on puisse parler de guérisons.

Chez 9 malades, on n'a constaté aucune amélioration après l'apicolyse. En effet, ils sont restés bacillifères et leurs lésions ont continué à évoluer après l'intervention.

Enfin, 10 malades ont été nettement améliorés pendant un temps variant de un à 20 mois environ. En effet, chez ces 10 malades, après l'apicolyse on a noté la disparition progressive de l'expectoration, la reprise du poids, la stérilisation des crachats. Mais comme l'ont montré nos observations, cette amélioration n'a été que passagère, et chez plusieurs de ces malades, on a tenté une thoracoplastie qui dans 2 cas semble avoir donné d'excellents résultats.

Sur ces 25 apicolyses, il y a eu 4 perforations.

Chez tous les malades dont nous publions les observations, on a fait plusieurs tentatives de pneumothorax artificiel avant l'intervention. Bien entendu, il doit toujours en être ainsi, et c'est seulement si le pneumothorax est impossible ou s'il est inefficace qu'on doit envisager des interventions telles que l'apicolyse et la thoracoplastie. Nos observations montrent que les suites opératoires sont excellentes dans un très grand nombre de cas.

Les résultats immédiats furent bons dans l'ensemble, puisque 16 malades sur 25 montrèrent une amélioration manifeste et indiscutable, c'est ce qui nous encouragea à continuer. En effet, l'apicolyse était bien tolérée, elle est une opération facile, bénigne n'ayant rien de comparable avec la thoracoplastie.

Les malades en mauvaise condition supportaient bien l'intervention et nous ne pensions qu'à élargir les indications du plombage, tant nous étions satisfait des premiers résultats.

Malheureusement, ces bons résultats ne furent que passagers; au bout de quelques mois, nous enregistrâmes des complications redoutables, même chez des malades ayant retiré un bienfait évident de l'intervention.

Le symptôme dominant fut la douleur thoracique. douleur très vive, localisée non au niveau de la masse de plombage, mais à la base du thorax du côté opéré; fièvre souvent élevée sans cause apparente. C'était toute la symptomatologie de début.

Radiologiquement : augmentation de la surface opaque autour de la masse de plombage.

La toux et l'expectoration augmentaient.

L'état s'aggravait et nous décidâmes un déplombage opération longue, nécessitant des résections larges pour retirer la masse de plombage; en effet, les languettes de balata s'étaient agglomérées et formaient un bloc dur baignant dans le pus de la cavité. De telles conditions n'étaient pas encourageantes, mais devant l'urgence de l'intervention, on s'y résignait cependant.

La thoracoplastie complémentaire faite dans de telles conditions, donnait nécessairement de mauvais résultats.

De toute évidence, la balata s'est montrée une mauvaise masse de plombage parce qu'en refroidissant, elle devient très dure, constituant un traumatisme pour les tissus environnants et, en particulier, pour le poumon et le médiastin. Il faut donc abandonner cette substance de façon absolue.

Mais qu'il s'agisse de balata ou de toute autre substance, de graves inconvénients persistent; en effet, nous ne sommes pas maîtres de placer la masse de plombage au bon endroit. Aussi habile que soit l'opérateur, si la substance de plombage trouve un plan de clivage, elle glisse sous son propre poids vers les

parties basses; elle peut d'ailleurs inversement, rester trop au sommet si le décollement n'est pas suffisant.

Il est d'ailleurs difficile radiologiquement d'indiquer jusqu'à quel niveau descend un plombage et si la partie malade bénéficie de ce plombage. En effet, la lésion est cachée par le plombage et souvent, alors qu'on estime la lésion bien collabée, elle persiste en réalité et continue à évoluer.

Nous nous sommes aussi demandé si nos mauvais résultats ne provenaient pas de nos indications. Les unes étaient classiques et se rapportaient à de petites cavités apicales, mais d'autres s'étendaient à de larges cavernes descendant assez bas au-dessous de la clavicule et nous pensions à nous accuser d'avoir franchi les limites des données classiques.

Mais l'analyse de nos observations nous a montré que les plus mauvais résultats n'étaient pas obtenus dans les cas les moins classiques. Nous nous souvenons fort bien d'une jeune malade qui présentait une petite géode grosse comme une prune dans l'apex droit, les plèvres précocement symphysées n'avaient pas permis de créer un pneumothorax et nous avions demandé pour elle une apicolyse. Très peu après l'intervention, la cavité s'élargit considérablement, puis se perfora si largement que la masse de plombage tomba dans la cavité; le déplombage suivi d'une thoracoplastie ne donna naturellement qu'une survie de quelques jours à la malade. Par contre, une malade dont nous rapportons l'observation, présentait une cavité très large, descendant très au-dessous de la clavicule; l'apicolyse pratiquée en février 1935 produisit une amélioration très nette qui persiste encore à l'heure actuelle.

En réalité, il n'existe pas d'indications vraies du plombage : certains malades en retirent bénéfice et d'autres pas, sans que nous sachions en préciser les causes déterminantes.

Deux remarques cependant, méritent quelques réflexions :

1° Nous ne connaissons pas le potentiel évolutif d'une lésion donnée; nous avons pris l'habitude de juger radiologiquement. Mais de deux cavités radiologiquement identiques, l'une est l'expression d'une tuberculose qui va évoluer, l'autre l'expression d'une tuberculose qui va régresser.

Combien dès lors sont fragiles nos indications opératoires.

2° Le décollement pariétal n'est-il pas lui-même l'agent provocateur des perforations ? Nous posons la question sans pouvoir la résoudre encore, en signalant toutefois que la circulation s'opère de la paroi vers le poumon, ainsi que l'a montré M. AMEUILLE et ses collaborateurs.

Dès lors, n'est-il pas possible d'émettre l'hypothèse que la suppression de l'irrigation périphérique peut entrer en ligne de compte pour expliquer les perforations.

La fistule bronchique est un accident redoutable de l'apicolyse avec plombage, et ne serait-ce son seul inconvénient qu'il serait suffisant pour ne pas encourager la chirurgie thoracique dans cette voie.

CONCLUSIONS

I. — Si les résultats immédiats de l'apicolyse avec plombage sont bons, les résultats éloignés nous paraissent fort médiocres.

II. — Le plombage se montre souvent inefficace et la cavité restant béante sous la masse de plombage constitue un danger permanent de perforation.

III. — Toutes les masses de plombage ont de graves inconvénients. La dernière que nous avons essayée, la balata, doit être abandonnée car si cette substance est bien thermoplastique, elle durcit en refroidissant et semble constituer un traumatisme permanent pour le poumon sous-jacent.

IV. — Il n'y a pas de véritables indications à l'apicolyse avec plombage; des accidents s'observent aussi bien avec de petites cavités apicales qu'avec de larges ulcérations.

V. — Les causes de perforation sont probablement multiples; nous insistons en particulier sur le potentiel évolutif d'une atteinte pulmonaire que nous n'avons pas le moyen d'apprécier et sur la suppression de la vascularisation périphérique du poumon.

VI. — Etant donné les mauvais résultats éloignés d'une part, et les accidents occasionnés d'autre part, nous ne croyons pas que l'apicolyse mérite dans l'état actuel des choses de tenir une place dans la chirurgie de la tuberculose pulmonaire.

Vu :
LE DOYEN,
TIFFENEAU

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Vu et permis d'imprimer :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCOLI M. et LUZZATTO FEGIZ G. — Di una modificazione nella necmea dell' apicolisi semplice. (*Lotta contre la tuberc.* 6 : 381-390. April 1935.)
- BENTZ M^{lle}. — L'apicolyse par plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse* Strasbourg, 1934-1935.)
- BÉRARD L. et ALMED I. — L'apicolyse décollement pleuro-pariétal du sommet du poumon, technique; résultats. (*Arch. Franco-Belges de chirurgie*, an. XXXIII 1931-1932, n° 3. Mars 1932.)
- BÉRARD L. et DENIS R. — Une technique simplifiée de l'apicolyse. (*Presse Médicale* 38 : 1497-1499, 5 novembre 1930.)
- BÉRARD L., BÉRARD F. et DENIS R. — Une technique simplifiée de l'apicolyse dans la tuberculose pulmonaire. (*Presse médicale* 38 : 1497-1499, 5 nov. 1930.)
- BERNOU A. et FRUCHAUD G. — De l'apicolyse avec plombage paraffiné dans le traitement de certaines tuberculoses du sommet du poumon. (*Revue médicale française*, n° 5, mai 1934.)
- Résultats d'apicolyse avec plombage avec quelques remarques au sujet de l'élimination tardive de la paraffine. (*Société d'études scientifiques sur la tuberculose*. Séance du 14 mars 1936, in *Revue de la tuberculose*, n° 5, mai 1936.)
- Thoracoplasties partielles avec apicolyses et apicolyses avec plombage. (*Arch. méd.-chirurg. de l'appareil respiratoire*. T. VII, n° 6, 1932.)

CHARRIER et LOUBAT. — Apicolysse avec plombage pour tuberculose pulmonaire. (*Société de chirurgie du Sud-Ouest*. Séance 11 déc. 1930, n° 10, 153.)

— L'apicolysse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Bordeaux chirurgical* n° 2. Avril 1931.)

— Apicolysse avec plombage pour tuberculose pulmonaire. (*Bordeaux chirurgical*, n° 4. Juillet 1931, p. 222.)

— De l'apicolysse avec plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Résultats éloignés. (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie nationale*. T. LIX, n° 15, 6 mai 1933.)

COURCOUX A., SOUPAULT, BIDERMANN et ALIBERT et MÉRY. — Résultats de 38 apicolyses avec plombage paraffiné. (*Société d'études scientifiques sur la tuberculose*. Séance 14 mars 1936. In *Rev. de la tuberculose*, n° 5, 4 déc. 1932.)

DUMAREST F. et ROUGY P. — Contribution à l'étude de la collapsio-thérapie pulmonaire, l'apicolysse avec plombage paraffiné. (*Presse médicale*, 8 février 1930, p. 2101-2103.)

LE MEGNING J.-F.-T. — L'apicolysse avec plombage dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1932, Maloine, édit., 27, r. de l'Ecole-de-Médecine, Paris.)

FRUCHAUD H. et BERNOU A. — Sur l'apicolysse. (*Bulletin et mémoire de la Société nationale de chirurgie*. T. LIX, n° 26, 22 juillet 1933.)

— De l'apicolysse avec plombage paraffiné dans le traitement de certaines tubercules du sommet du poumon. (Séance du 16 nov. 1932, *Bulletin et mém. de la Société nationale de chirurgie*, n° 29, 26 novembre 1932.)

LAUWERS. — Apicolyse. (*Le Progrès médical*, n° 49, 1^{er} décembre 1928, p. 2051.)

— Contribution à l'étude de l'apicolyse. (*Bulletin et mém. de la Société nationale de chirurgie*, n° 54, p. 1261-1266, 1^{er} décembre 1928.)

— Contribution à l'étude de l'apicolyse. (*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, n° 1, 31 décembre 1928.)

LEURET E., NENCEL-PEDARD et DE LA CHAUD R. — Apicolyse avec plombage datant de 4 ans. (*Société de méd. et de chir. de Bordeaux et Sud-Ouest*. Séance 17 janvier 1935, in *Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, n° 12, 24 mars 1935.)

MAURER A. — Présentation de quatre observations d'apicolyse par voie paravertébrale avec ablation de la première côte dans sa totalité, désinsertion costocartilagineuse à son extrémité antérieure. (*Société nationale de chirurgie*. Séance du 6 juillet 1932.)

— Sur l'apicolyse. (*Bulletin et mém. de la Société nationale de chirurgie*. T. LIX, n° 21, 17 juin 1933.)

MILOCH F. — L'apicolyse avec plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose du sommet. (*Thèse* Paris 1933. Libr. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.)

PROUST. — Contribution à l'étude de l'apicolyse. (*Presse médicale* n° 95, 28 nov. 1928, p. 1519.)

PROUST et MAURER. — Radiographie d'apicolyse. (*Société nation. de chirurgie*. Séance du 8 juillet 1931.)

PROUST et MAURER et ROLLAND. — L'apicolyse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Journal de chirurgie*. T. XXXIX, n° 2, fév. 1932, p. 173.)

REYT P. — L'apicolyse avec plombage paraffiné dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse* Paris 1936. A. Legrand, édit.)

VAUCHER E., WEISS A.-G. et UHRIG M^{lle}. — Les différents procédés d'apicolyse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Rev. médicale française*, juin 1933, 14^e année, n° 6.)

WINTERNITZ A. — Treatment of lung cavities by filling with paraffin. (*Orvosi hetil* 73 941-946, 21 septembre 1929.)



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



